

FORMULARZ OFERTY

I. Dane Oferenta:

1. Pełna nazwa Oferenta

.....
.....

Regon NIP Nr wpisu we właściwym rejestrze

PESEL

2. Adres Oferenta:

ul. nr kod pocztowy miejscowość

3. Adres zamieszkania Oferenta (osoby fizycznej):

ul. nr kod pocztowy miejscowość

4. Dane kontaktowe:

tel. fax mail:

(wszystkie informacje dotyczące postępowania są przesyłane na podany mail)

5. Kwalifikacje zawodowe:

.....
.....
.....

II. Oferowany czas trwania umowy to miesięcy, **preferowany to 36 miesięcy** (wymagane zawarcie umowy na minimum 12 miesięcy)

III. Oferuję termin płatności 21 dni, od dnia otrzymania faktury VAT (rachunku) przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu.

IV. Oferowany sposób realizacji przedmiotu umowy:

.....
.....
.....

V. Oferta dodatkowa:

1. Oferuję dodatkowo ponad wymagany standard określony w Materiałach Informacyjnych:

.....
.....

2. Inne składniki oferty:

.....
.....

.....
pieczętka i podpis Oferenta

dot. postępowania konkursowego nr PK 18/DK/2024 obejmującego zamówienie na zlecenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarskiej udzielanej pacjentom Centralnego Traktu Operacyjnego, Oddziału Rehabilitacji Kardologicznej, Klinicznego Oddziału Neurochirurgicznego, Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Działu Anestezjologii przez okres 36 miesięcy.

PAKIET	PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA	IMIĘ I NAZWISKO WYKONUJĄCEGO PRZEDNIOTOWE ŚWIADCZENIA	OFEROWANA CENA ZA UDZIELANIE ŚWIADCZE WYKONYWANYCH ZGODNIE Z WYMOGAMI NFZ
1	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentami Centralnego Traktu Operacyjnego</p> <p>Wymagania: mile widziany kurs kwalifikacyjny lub specjalizacja z pielęgniarstwa operacyjnego</p> <p>Zapotrzebowanie: wykonywania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z harmonogramem świadczeń zaakceptowanych przez udzielającego zamówienie, realizowanych w dni robocze, soboty, niedziele i święta</p> <p>Zawarcie umowy na minimum 12 miesięcy.</p>		<p>Oferowana cena za 1 godz. udzielania świadczeń</p> <p>.....</p> <p>Oferowana liczba godzin miesięcznie</p> <p>.....</p>
2	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej nad pacjentami Oddziału Rehabilitacji Kardologicznej</p> <p>Zapotrzebowanie: wykonywanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z harmonogramem świadczeń zaakceptowanych przez udzielającego zamówienie, realizowanych w dni robocze, soboty, niedziele i święta.</p> <p>Zawarcie umowy na minimum 12 miesięcy.</p>		<p>Oferowana cena za 1 godz. udzielania świadczeń</p> <p>.....</p> <p>Oferowana liczba godzin miesięcznie</p> <p>.....</p>
3	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentami Klinicznego Oddziału Neurochirurgicznego</p> <p>Zapotrzebowanie: wykonywania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z harmonogramem świadczeń zaakceptowanych przez udzielającego zamówienie, realizowanych w dni robocze, soboty, niedziele i święta</p> <p>Zawarcie umowy na minimum 12 miesięcy.</p>		<p>Oferowana cena za 1 godz. udzielania świadczeń</p> <p>.....</p> <p>Oferowana liczba godzin miesięcznie</p> <p>.....</p>
4	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentami Szpitalnego Oddziału Ratunkowego</p> <p>Zapotrzebowanie: wykonywania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z harmonogramem świadczeń zaakceptowanych przez udzielającego zamówienie, realizowanych w dni robocze, soboty, niedziele i święta</p> <p>Zawarcie umowy na minimum 12 miesięcy.</p>		<p>Oferowana cena za 1 godz. udzielania świadczeń</p> <p>.....</p> <p>Oferowana liczba godzin miesięcznie</p> <p>.....</p>

5	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentami Działu Anestezjologii</p> <p><u>Zapotrzebowanie:</u> wykonywania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z harmonogramem świadczeń zaakceptowanych przez udzielającego zamówienie, realizowanych w dni robocze, soboty, niedziele i święta</p> <p>Zawarcie umowy na minimum 12 miesięcy.</p>		<p>..... Oferowana cena za 1 godz. udzielania świadczeń</p> <p>..... Oferowana liczba godzin miesięcznie</p>
---	--	--	--

DATA I PODPIS OFERENTA.....

